



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

***PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA DEPRESION POSTPARTO EN
MADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL DE TULCAN.***

DURANTE EL PERIODO AGOSTO A OCTUBRE 2016

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DRA. SIMBAÑA VILAÑA JIMENA MARCELA

DR. TATAMUES VOSMEDIANO OSCAR EDMUNDO

DR. JORGE GARCIA

DIRECTOR DE TESIS

DRA: CATALINA VEGA

TUTORA METODOLÓGICA

QUITO, ENERO 2017

TITULO

Protocolo de actuación ante la depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizados. Hospital de Tulcán. Durante el periodo de agosto a octubre del 2016.

LUGAR

Hospital General Provincial Luis Gabriel Dávila perteneciente al Ministerio de Salud Pública Carchi –Tulcán.

AUTORES

Dra. Jimena Simbaña.¹

Postgrado de Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica del Ecuador Centro de Salud N°1 Tulcán.

Dr. Oscar Tatamués²

Postgrado de Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica del Ecuador Centro de Salud N°1 Tulcán.

Tutora Metodológica: Dra. Mg.SP. Catalina Vega.

Director de Tesis Dr. Esp. Pediatría : Jorge García

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

Sociedad, medio ambiente, comunidad y familia.

¹ mrcelas.78@gmail.com

² oscartv.77@gmail.com

DEDICATORIA

A nuestros sacrificados hijos que en estos tres años sintieron nuestra ausencia durante el día y la noche, pilar fundamental para alcanzar esta meta.

Gabriel y Daniel

A la salud de las madres Tulcaneñas y de sus pequeños hijos

AGRADECIMIENTOS

A Dios por sus bendiciones, quien nos brinda fortaleza para continuar en el rumbo de la superación.

Agradecemos a todas aquellas personas quienes nos brindaron conocimientos, voluntad, acompañamiento durante el proceso de la investigación en especial a la Doctora Catalina Vega Asesor Metodólogo, Doctor. Jorge García Director de Tesis, y todos los profesionales que de alguna u otra forma colaboraron en el desarrollo de este estudio.

A nuestras familias que siempre estuvieron apoyándonos en este largo recorrido, enseñándonos que la perseverancia es un valor fundamental en la vida para obtener un resultado concreto.

A nosotros como pareja por la comprensión e inagotable paciencia en cada minuto compartido en este largo camino.

RESUMEN

Se realizó una investigación que está encaminada a diseñar un protocolo de actuación para el diagnóstico precoz de la depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología del Hospital de Tulcán, durante el periodo de agosto a octubre del 2016; mediante un estudio analítico de corte transversal, se identificó que la presencia de redes de apoyo, factores sociodemográficos y la hospitalización del recién nacido por más de diez días no se relaciona con Depresión Postparto, lo que se confirma con la aplicación de la Escala de Edimburgo.

Utilizando instrumentos como el familiograma estructural y funcional conocemos las relaciones entre sus integrantes, para determinar la tipología y caracterización de la familia; la prueba de funcionamiento familiar (FFSIL) contribuyo al conocimiento de la dinámica familiar de las madres con hijos hospitalizados; se aplicó un formulario de recolección de información con el fin de complementar datos sociodemográficos. La información recopilada y obtenida de todos los instrumentos se procesó mediante una plantilla de formato Excel.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 23.0 herramienta indispensable para realizar la asociación de variables, empleamos frecuencias absolutas, relativas, media desviación standard. Los resultados de esta investigación, contribuirán a tomar acciones con el fin de diagnosticar de forma oportuna esta patología.

Palabras Clave: Depresión postparto, redes de apoyo familiar, recién nacidos, hospitalización.

Abstract.

An investigation was carried out to design an action protocol for the early diagnosis of postpartum depression in mothers of newborn babies hospitalized in the neonatal department of Tulcán Hospital during the period from August to October 2016. A cross-sectional analytical study identified that the presence of support networks, sociodemographic factors, and the hospitalization of the newborn, for more than ten days were related to Postpartum Depression, which was confirmed with the application of the Edinburg Scale.

By using instruments such as the structural and functional familiogram, we learned the relationships among its members, to determine the typology and characterization of the family. The family functioning test (FFSIL) contributed to the knowledge of the family dynamics of mothers with hospitalized children. A data collection form was used to complement sociodemographic data. The information collected and obtained from all instruments were processed using an Excel format spreadsheet.

For statistical analysis, SPSS software program version 23.0 was an indispensable tool used to perform the association of variables. We used the variables of absolute, relative, average, and standard deviation frequencies. The results of this research contributed to the actions taken in order to diagnose postpartum depression in a timely manner.

Key words: Postpartum depression, family support networks, newborns, and hospitalization.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I	1
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II.....	7
2. Marco teorico.....	7
1.1 Factores de riesgo	12
1.2 Cambios hormonales	12
1.2.1 Imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia	12
1.2.2 Estado civil.....	13
1.2.3 Factores familiares.....	13
1.2.4 Bajo nivel socioeconómico	13
1.2.5 Depresión prenatal, historia familiar de trastornos de ánimo y consumo de sustancias	13
1.2.6 Nivel de escolaridad	14
1.2.7 Aborto	14
1.2.8 Falta de apoyo social	14
1.2.9 Factores de morbilidad	14
1.2.10 Recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos	15
1.3 Epidemiologia.....	15
1.4 Etiología.....	17
2.4 Clasificación	19
2.4.1 Clasificación CIE 10.....	19
2.4.2 Clasificación. DSM V- TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2014). Trastornos del estado de ánimo	20
2.5 Depresión en la mujer.....	23
2.5.1 Depresión puerperal.....	24
2.5.2 Baby Blues	25
2.5.3 Depresión Postparto.....	26
2.5.4 Psicosis postparto	27
2.6 Diagnostico	28
2.7 Tratamiento.....	31
2.8 Justificación	32
2.9 Problema de investigación.....	33

2.10	Objetivos.....	33
2.10.1	General.....	33
2.10.2	Específicos	33
2.11	Hipótesis	34
2.12	Aporte práctico	34
CAPITULO III		35
3.	Metodologia.....	35
3.1.	Variables del Estudio.....	35
3.2.	Operacionalización de variables	35
3.3.	Diseño metodológico.....	37
3.4.	Métodos de investigación	38
3.4.1.	Métodos del nivel teórico	38
3.4.2.	Métodos del nivel empírico	39
3.5.	Obtención de la información	39
3.6.	Procedimiento de recolección de información	40
3.7.	Procedimientos de diagnóstico e intervención	40
3.8.	Plan de análisis de datos	41
3.9.	Aspectos bioéticos	41
CAPITULO IV.....		43
4.	Resultados.....	43
4.1.	Análisis estadístico	43
4.1.1.	Tasa de incidencia de diagnóstico Depresión Postparto.....	43
CAPITULO V		49
5.	Discusión	49
5.1.	Conclusiones.....	51
5.2.	Recomendaciones	52

ANEXOS	60
ANEXO N°1.....	60
ANEXO N°2.....	61
ANEXO N°3.....	65
ANEXO N°4.....	67
TEST FF-SIL.....	67

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: DEPRESIÓN POSTPARTO EN RELACIÓN CON LA EDAD.	43
TABLA 2: RELACIÓN DE REDES DE APOYO CON DEPRESIÓN POSTPARTO	44
TABLA 3: RELACIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO Y ESTADO CIVIL	45
TABLA 4: RELACIÓN DE DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES CON HIJOS HOSPITALIZADOS Y SIN HOSPITALIZACIÓN.	45
TABLA 5: RELACIÓN DEPRESIÓN POSTPARTO E INGRESO ECONÓMICO	46
TABLA 6 : RELACIÓN DEPRESIÓN POSTPARTO Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR	47
TABLA 7: RELACIÓN DEPRESIÓN POSTPARTO ESCOLARIDAD.	48

LISTAS DE FIGURAS

GRAFICO N° 1: RELACIÓN ENTRE TENER O CARECER REDES DE APOYO Y

DEPRESIÓN POSTPARTO 44

GRAFICO N° 2: RELACIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN

POSTPARTO 47

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

En el siglo IV A. de C., Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto; fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno (Oviedo & Jordan, 2006)

El Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) especifica que, el trastorno depresivo mayor da inicio en el periparto, considerando su desarrollo durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas del postparto. Para hablar de esta se requiere cinco de los siguientes síntomas que deben estar presentes por dos semanas o más y que causan dificultad para el desarrollo de la vida diaria: ánimo triste o depresivo, anhedonia, baja de energía, disminución en la concentración o toma de decisiones, retardo o agitación psicomotora, ideación suicida. (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014)

Varios estudios clínicos evidencian cifras variables de prevalencia de depresión posparto en Latinoamérica encontrando valores superiores al 20 % entre 30 a 200 casos por cada 1000 nacimientos, convirtiéndose en un trastorno importante de salud mental en la mujer. (Urdaneta, Rivera, García, Guerra, & Baabel, 2010)

“Diversas investigaciones mencionan que los hombres son menos propensos a desarrollar un importante trastorno del ánimo a diferencia de las mujeres” (Goyal,

Gay, & Lee, 2010) debido a que las hormonas reproductivas estrógenos y progesterona juegan un papel importante en el proceso fundamental de la emoción, la excitación, la cognición y la motivación; por lo tanto, pueden contribuir a la aparición de depresión postparto y se suman a los factores de riesgo psicológico y social. De igual manera estas hormonas regulan también los sistemas biológicos involucrados en la depresión mayor, lo que incrementa el riesgo de una mujer a desarrollar depresión (Schiller, Brody, & Rubinow, 2015).

La Depresión Postparto puede simular a una depresión clínica tradicional, aunque existen grandes diferencias sintomáticas entre ellas. Las mujeres que padecen Depresión Postparto tienen síntomas que son mucho más severos que las mujeres que sufren de un trastorno depresivo mayor que no está relacionada con el puerperio (Urdaneta et al, 2016).

Los trastornos de ánimo que aparecen tras el parto pueden presentarse bajo tres modalidades según el grado de severidad: en primera instancia baby blues (etapa de melancolía), es el más común afecta al 26-85% de las mujeres, aparece entre el tercer y séptimo día; luego encontramos la condición moderada conocida como depresión posparto, aparece entre cuatro a seis semanas luego del parto, las tasas de prevalencia oscilan entre el 4.5 – 28% debido a que existen diferentes factores como etnia, demografía, escalas utilizadas para diagnóstico y recolección de datos, esta puede durar hasta dos años. Por último, de las tres la más grave, psicosis postparto que aparece a las 48 -72 horas luego del parto, requiere tratamiento hospitalario inmediato (Fernandez, Iturriza, Toro, & Valbuena, 2014).

No se conoce con claridad la causa de la depresión, existen múltiples hipótesis acerca de los mecanismos fisiopatológicos que abarcan a este trastorno, entre ellos hablamos de factores neurobiológicos, ambientales y estresores (Urdaneta et al, 2016).

Una de las hipótesis biológicas relaciona el bajo nivel sérico de triptófano con el desarrollo de depresión, este nivel es más bajo al final del embarazo e inicio del puerperio. El triptófano es precursor de serotonina, neurotransmisor implicado en la etiopatogenia de estos trastornos. Entre el primer y segundo día posparto, en las mujeres se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal. Además, se observa en ellas un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas pro-inflamatorias como IL-1, IL-6 y proteína C-reactiva y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas. Esta elevación induce en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, sueño, apetito, niveles de energía, esfera sexual y social, todos comportamientos relacionados a los cuadros depresivos (Kendall-Tackett, 2007).

Los estresores físicos y psicosociales elevan la respuesta inflamatoria, por lo que, se ha supuesto que esta podría ser la base de todos los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la ocurrencia de depresión y permitiría explicar interrogantes tales como: por qué una mujer que tiene dificultades de pareja o trastornos del sueño durante el puerperio aumenta su riesgo de desarrollar el trastorno del ánimo (Medina-Serdan, 2013).

Otra de las hipótesis es que la disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto, debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central (Oviedo, Jordan, 2006).

La evidencia revela que este trastorno está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés, en el que los niveles de la hormona liberadora de corticotropina se encuentran incrementados, esta es la hormona principal en la regulación del eje límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal. En la gestación se presentan grandes cambios hormonales, en donde los niveles de progesterona, estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo (Oviedo, Jordan, 2006).

Entre los factores de riesgo para la aparición de la depresión posparto, se encuentran: eventos estresantes previos al embarazo, historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pretérmino y parto por cesárea, el ser madre solterismo, disfunción de pareja, baja autoestima materna, bajo nivel socioeconómica, imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia; que hacen más vulnerable a la mujer para la aparición de trastornos psíquicos (Dois, 2012).

Los factores de riesgo citados, pueden predisponer a una mujer a depresión postparto, por lo tanto se debe realizar una adecuada identificación de los mismos para prevenir la depresión, utilizando mecanismos adaptativos de compensación denominamos Redes de Apoyo Familiar para conservar la homeostasis de la familia. Es necesario establecer que una red de apoyo no es fácil de definir, existen algunos autores que la describen como un proceso interactivo en el que se obtiene ayuda emocional y económica, esta ayuda servirá para satisfacer necesidades con la

interacción de otros o con apoyo social que el individuo recibe de su comunidad, familia, amigos y trabajo. Cuando se logra establecer estas redes se convierten en efectos protectores sobre la salud de las personas (Rueda & Murillo, 2013).

En un estudio realizado en el Hospital José Carrasco IESS Cuenca en un periodo comprendido entre el 4 de Febrero y el 4 de Mayo del 2014 se investigó la prevalencia de depresión postparto, en el que participaron 248 mujeres, obteniendo, un 34.3% de elevada probabilidad, 65,7% con baja probabilidad y el 6.5% presentaron depresión posparto directamente determinada por ideación suicida según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (EDPE) (Amaya, Ramirez, & Defacci, 2009).

La prevalencia de depresión postparto a nivel mundial se encuentra entre un 10% a 15%, siendo más alta en los países en desarrollo que en los países desarrollados, mayor en las mujeres de nivel socioeconómico bajo. En América Latina existen reportes de alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1% y Venezuela 22%. (Santacruz & Serrano, 2015).

No se ha logrado determinar con exactitud las cifras de este trastorno; debido a la diferencia de la metodología empleado y poblaciones analizadas en los diversos estudios (Molero, y otros, 2014) En Estados Unidos la prevalencia de DPP es del 10% al 15% de nacimientos. Importante mencionar que de 1 a 6 madres con depresión posparto severa (de cada 10.0000 nacimientos) en Estados Unidos llega al suicidio cada año, y que 1 de cada 3 a 4 madres presentan recidiva de DPP si no reciben tratamiento adecuado y oportuno. (Mendoza & Saldivia, 2015).

Este protocolo es un sustento encaminado a los profesionales de primer y segundo nivel de atención que participan en acciones destinadas al cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo y período posparto.

El propósito es brindar herramientas para diagnosticar y evitar el sub registro debido a la falta de una sospecha clínica solapada con cualquier otro síntoma que distrae una enfermedad depresiva; por tal razón nos enfocamos a guiar a cada uno de los profesionales de salud a un diagnóstico y tratamiento oportuno y así disminuir la morbilidad de la madre y su hijo o hija. (MacCoy, Beal, Miller, Payton, & Waston, 2006).

La EDPE diseñada por Cox et al (1987) en Edimburgo, se usa específicamente para detectar estados depresivos en el periodo posnatal. Ha demostrado ser de especial utilidad tanto en la clínica como en la investigación, habiéndose probado su eficacia para detectar estados depresivos en ámbitos hospitalarios, atención primaria y en los propios hogares de las madres, esta escala tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad del 82 %, para el diagnóstico de estados de depresión (Urdaneta, Rivera, García, Guerra, & Baabel, 2010).

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

Los sentimientos de agotamiento o de depresión son antiguos compañeros de la especie humana, en sus formas menos graves, tienen funciones que han evolucionado y adaptado para poder obtener la atención y el cuidado de los demás, estar triste no siempre es una emoción adaptativa, por su duración, frecuencia, intensidad, autonomía, estos sentimientos pueden perjudicar la capacidad adaptativa de la persona que la padece.

La descripción de la tristeza está reflejada en el Antiguo Testamento Libro de Job, hacia el siglo XV a. C. En otros textos bíblicos hacia el siglo VIII a. C. también queda constancia de estos sentimientos cuando se narran los graves episodios de tristeza y melancolía de Saúl, síntomas que se asocian a estados de posible cuadro depresivo.

La historia de comprender científicamente la depresión se deben a Hipócrates siglo IV a. C. quien emplea el término genérico de “melancolía” para demostrar estos estados de inhibición y tristeza. Aristóteles siglo IV a. C. en algunos escritos relacionó este cuadro con personas especialmente sensibles e inteligentes. Para Hipócrates, la melancolía se debe a desequilibrios en la secreción de bilis negra (melancolía) o una mala eliminación de esta en el organismo produciendo toxicidad.

Esta concepción de los trastornos mentales se conserva hasta el siglo XIX, aunque el término melancolía era el más usado, la palabra depresión se comienza a utilizar con frecuencia durante el siglo XIX, y ya a principios del siglo XX se emplea como término diagnóstico con frecuencia (Belloch, A. Sandín, B. Ramos, 2009).

Es así que Hipócrates en el siglo IV A.C, realizó la primera representación de trastornos mentales relacionados al posparto; considerando que algunas presentaciones clínicas de la manía posparto estaban asociadas a la lactancia, idea relativamente común en la antigua Grecia. En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes*, caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el posparto. Este médico fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno (Oviedo, G. Jordan, 2006).

Para entender la depresión post-parto, es necesario iniciar hablando de la concepción, embarazo, parto y post-parto, etapas de un proceso fisiológico que atraviesa una mujer. Hablar del post-parto y más aun de la depresión post-parto sin abordar las fases previas, es casi imposible.

Para una mujer, la concepción es el primer paso para convertirse en madre, rol con el que viene imaginando desde su inocencia como niña. Al conocer de su embarazo, se identifica con su madre y se hace una interrogante si, al igual que ella, también será preparada de concebir y dar vida a un hijo sano.

Cuando feto se fecunda en la matriz de la madre, además se implanta en su pensamiento, memoria y emoción. Junto a los cambios orgánicos aparecen también en el primer trimestre del embarazo cambios psíquicos tales como aislamiento de su entorno, somnolencia, retraimiento, disminución de la libido, la futura madre con todo este proceso se siente mortificada respecto a su capacidad de dar vida al nuevo ser, continuar el embarazo, parto y el cuidado del recién nacido (Cházaro, 2014).

Al iniciarse el segundo trimestre aparecen cambios físicos en el cuerpo de la mujer su vientre se agranda, su cadera se ensancha los senos crecen para adaptarse a la lactancia

los movimientos fetales son evidentes esto da la seguridad de llevar un hijo en su vientre acontecimiento anhelado que espera con felicidad (Dolto, 1984)

El temor a ser abandonada se reaviva por la necesidad de dependencia, en el último trimestre, aumenta la ansiedad por la noticia de la cercanía del parto surgen sentimientos encontrados, entre el deseo de conocer al hijo y el temor a quedarse vacía, a que el hijo que durante nueve meses saldrá ahora de su cuerpo. Desea verlo, acariciarlo, pero teme perderlo. Necesita ver concretamente a su bebé para cerciorarse de su estado de salud, pero al mismo tiempo existe temor de mirar lo contrario (Asenjo, R. Chamarro, A. & Garcia, 2007).

Evidentemente el parto es una experiencia física de dolor incomparable, inducido por las contracciones uterinas, la distensión pélvica y la dilatación del conducto vaginal, que benefician la salida del bebé del cuerpo de la madre. Al avanzar el trabajo del parto florecen sensaciones diferentes tanto en el cuerpo como en la mente de la madre que se relacionan entre sí, es un evento importante en la vida de las mujeres que produce cambios en los roles del núcleo familiar y social (Aquino, 2014).

Si bien es de suponer que la madre se ha preparado psicológicamente para el alumbramiento durante el embarazo, no deja de ser un evento que origina mucho desconcierto. Éste constituye un cambio substancial del estado emocional, una interrupción entre mente y cuerpo inicio de muchas angustias, la situación de que ese ser tan indefenso depende de los cuidados de la madre para sobrevivir puede dar lugar a una depresión post-parto, incluso, más aún cuando existen problemas de salud del recién nacido puede alcanzar una situación de tipo psicótico. El puerperio es una etapa de crisis de alta incidencia para el florecimiento de desórdenes afectivos el llanto, los

gemidos, la respiración, los reflujos, los roces son situaciones que despiertan en la madre angustia (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2012).

Momento en el que la madre necesita apoyo, protección física, emocional, es importante contar con una red familiar que representa en estos momentos un soporte que contribuye a la madre a vencer sus propios temores y angustias. Sin embargo de acuerdo a la localidad donde se den estos hechos las familias extensas son cada vez más escasas, difícilmente se logra construir una red de abuelas, tías, hermanas que sostengan a la madre y la ayuden a enfrentar la experiencia (Cházaro, 2014).

La familia es entendida como un sistema que cambia en respuesta a las necesidades de cada uno de sus miembros, como otros sistemas vivos aspira conservar un sentido de equilibrio, siempre constituye un apoyo para sus integrantes, al mismo tiempo, necesita la contribución de otros sistemas o subsistemas que le permitan enfrentarse a distintos cambios a lo largo de todo el ciclo vital. Cuando se produce un traslado de una etapa del ciclo vital a otra este equilibrio alcanzado durante la etapa anterior se altera, como resultado de los cambios en uno o más miembros de la familia (Lopez, 2006).

A lo largo de todo el ciclo vital, los acontecimientos que requieren adoptar nuevos roles y afrontar nuevas exigencias suelen desencadenar momentos de desequilibrio, dando lugar a períodos de la vida que con frecuencia están marcados más por el cambio que por la estabilidad (Hidalgo, M^a. Menéndez, 2003).

La depresión posparto (DPP) es una alteración del ánimo que se presenta en un etapa de crisis y transición en la vida de la mujer, el puerperio. Los estados depresivos representan un problema de salud pública por su alta incidencia por estar asociados a incapacidad, incomodidad y resistencia que pueden verse agravados por baja autoestima

materna, falta de confianza y expectativas irreales sobre la maternidad con graves repercusiones a la familia (Dois, A. Uribe, C. Villarroel, L. Contreras, 2012).

Es oportuno tomar en cuenta que la mujer en embarazo puede sufrir ciertas patologías tales como anemia, diabetes gestacional y disfunción tiroidea, las cuales a menudo se relacionan a síntomas depresivos. Por lo tanto se recomienda investigar metódicamente los síntomas psíquicos de depresión mayor, especialmente la anhedonia, los sentimientos de culpa, la desesperanza y la ideación suicida (Jadresic, 2010).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V) en lo que refiere a trastornos del estado de ánimo manifiesta que estos episodios se producen durante el embarazo o en las cuatro semanas después del parto. Los episodios de una depresión mayor en el postparto comienzan antes del parto en el 50% de los casos, las mujeres con este tipo de trastornos tienen con frecuencia ansiedad grave e incluso ataques de pánico.

Los episodios que alteran el estado de ánimo y que se inician en el periparto pueden mostrar o no características psicóticas algunas acompañadas de alucinaciones que ordenan a la madre asesinar al niño o delirios de que el niño está poseído concluyendo en lo más grave como el infanticidio.

Las ocurrencias de depresión mayor en el posparto con características psicóticas oscilan entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos siendo mayor en primigestas, este cuadro está relacionado en mujeres con antecedentes de trastorno depresivo o bipolar (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

1.1 Factores de riesgo

“Los factores de riesgo desencadenantes para depresión postparto son multifactoriales, por lo tanto no se logra identificar el agente específico, el 50% de DDP no son diagnosticados ni tratados a tiempo produciendo repercusiones negativas al recién nacido y su entorno familiar” (Dois, A. Uribe, C. Villarroel, L. Contreras, 2012).

1.2 Cambios hormonales

Las hormonas reproductivas juegan un papel importante en los sistemas biológicos relacionados con depresión postparto, debido a que los estrógenos y progesterona juegan un papel importante en el proceso fundamental de la emoción, la excitación, la cognición y la motivación; por lo tanto, pueden contribuir a la aparición de depresión postparto y se suman a los factores de riesgo psicológicos y sociales. De igual manera estas hormonas regulan también los sistemas biológicos involucrados en la depresión mayor, lo que incrementa el riesgo de una mujer a desarrollar depresión (Schiller, C. Meltzer-Brody, S. Rubinow, 2015).

1.2.1 Imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia

Estudios de cohorte prospectivos en Malasia refieren que amantar de forma permanente evita el riesgo de depresión postparto, en este estudio se obtuvieron puntuaciones bajas en la escala de depresión de Edimburgo en relación a las madres que no amantaron, datos que hasta el momento no son concluyentes pero aportan a fomentar la lactancia en este tipo de pacientes (Mohamad, Aza. Sherin Tang, L. Binns & Lee, 2016).

1.2.2 Estado civil

El cursar el embarazo como madre soltera o sin pareja estable son situaciones que conducen a desencadenar depresión posparto, una enfermedad que causa crisis en la relación de pareja produciendo alteración en la homeostasis del núcleo familiar, desencadenando baja autoestima, falta de confianza de la madre, alterando su calidad de vida (Sierra, J. Carro, T. Ladrón, 2015).

1.2.3 Factores familiares

Un factor de DPP es la calidad de la relación con el padre del hijo, durante el embarazo. De acuerdo a diversos estudios, los síntomas depresivos elevados, son asociados perceptiblemente a conflictos familiares (Bustos, S. Jiménez, 2013).

1.2.4 Bajo nivel socioeconómico

Un estudio en 1600 mujeres realizado en el norte de California seis meses después del parto evidenciaron que los bajos ingresos económicos, dificultades financieras, desempleadas, adolescente, nivel de educación bajos son 11 veces más propensas a presentar síntomas depresivos prenatales y postparto (Goyal, D. Gay, 2010).

1.2.5 Depresión prenatal, historia familiar de trastornos de ánimo y consumo de sustancias

Varias revisiones sistemáticas realizadas en países de Europa y África 2014 se encontró una fuerte evidencia como predictores altos de depresión postparto en mujeres con historia familiar y personal de síntomas depresivos; el consumo de sustancias como

tabaco, alcohol y drogas son predictores importantes para el desarrollo de este tipo de patologías (Howard, L. Molyneaux, E. Dennis & Rochat, T. Stein, A. Milgrom, 2014).

1.2.6 Nivel de escolaridad

El tener un nivel de escolaridad bajo se lo considera un factor de riesgo para el desarrollo de Depresión Postparto, a esto se debe considerar otros elementos como la edad de la madre, nivel socio económico, el no tener pareja estable y falta de redes de apoyo (Goyal, D. Gay, 2010).

1.2.7 Aborto

No existen estudios concluyentes que refieran la relación de un aborto asociado a depresión, lo que reflejan algunos autores es las pérdidas subsecuentes de gestaciones que son factores predisponentes para esta patología (Secretaría de Salud Pública Chile, 2011).

1.2.8 Falta de apoyo social

El contar con redes de apoyo social son aspectos protectores en mujeres gestantes, esto beneficiara un apropiado desarrollo del parto, puntaje de Apgar adecuado en recién nacidos, disminuyendo la incidencia de depresión postparto (Collins, N. Dunkel-Schetter, C. Lobel, M. Scrimshaw, 1993) .

1.2.9 Factores de morbilidad

La existencia de problemas de fertilidad en la pareja, embarazo múltiple, abortos previos, complicaciones durante el embarazo, parto y la presencia de enfermedades crónicas en la madre, patologías del recién nacido como anomalías congénitas, problemas respiratorios, infecciosos, prematuridad, bajo peso, ictericia, problemas

traumatológicos, muerte neonatal y otros son predisponentes a depresión postparto (Carro, T. Sierra, M. Hernandez, Ladron, & Antolin, 2000).

1.2.10 Recién nacidos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos

El nacimiento de un hijo prematuro, requiere cuidados especiales, es un evento muy estresante para todos los padres, desencadenando sentimientos de temor por su vida, expresados como culpa o enojo (Cherry, A. Blucker, R. Thornberry & Hetherington, C. McCaffree, M. Gillaspay, 2016). Por tanto, la mayoría de las veces este hecho genera angustia, sobre todo materna, y aún más si se trata de una madre adolescente, el conflicto emocional se inicia durante el embarazo en algunas de ellas se vive como una experiencia desagradable, aunque el verdadero sufrimiento se desencadena posteriormente al parto ante la responsabilidad que representa atender al recién nacido, con repercusiones negativas en los cuidados y la salud del niño (Bolzán, Kunzi, Cellerino, Franzini, & Mendieta, 2011).

1.3 Epidemiología

Entre el 20% de mujeres y el 12% de los hombres en algún momento de su vida sufren de depresión, los síntomas generalmente se incrementan con la edad. Las cifras más altas de prevalencia se adquieren durante los años de vida fértil, de manera que las mujeres pueden estar deprimidas antes de la concepción o bien deprimirse durante el embarazo (Jadresic, 2014). “Si bien los trastornos afectivos constituyen el segundo desorden más común dentro de las enfermedades mentales en todo el mundo, la Organización Mundial de la Salud estima que para la tercera década de este milenio sean la segunda causa general de discapacidad” (Urdaneta, J. Rivera, A. García, J. Guerra, M. Baabel, N. Contreras, 2010).

En todo el mundo, aproximadamente 1 de cada 8 mujeres sufren depresión dentro de las 14 semanas posteriores al parto (Mohamad, Aza. Sherin Tang, L. Binns & Lee, 2016). Entre el 60 y 85% de mujeres pueden presentar síntomas depresivos en los primeros días postparto siendo la enfermedad psiquiátrica más frecuente del periodo postnatal (Pawar, Wetzker, & Gjerdingen, 2011). La prevalencia de la DPP se ubica entre 8% y 30%, siendo tres veces más alta en los países en desarrollo; cerca de 50% de los casos de depresión postparto son depresiones que ya se presentaban en el embarazo o incluso antes de éste. (Rojas G, Fritsch R, 2010).

La depresión postparto constituye un problema de salud pública en varios países, en latinoamérica se ha reportado una alta prevalencia de DPP: Chile 50,7%, Colombia 32,8%, México 32,6%, Perú 24,1%, Venezuela 22%, Brasil 25%. Estados Unidos 15%. Sin embargo, es difícil establecer la prevalencia real de este trastorno, porque los estudios difieren considerablemente en lo que se refiere a metodología empleada y a las poblaciones analizadas, pero puede aceptarse que del 10 al 20% de las puérperas son afectadas por esta entidad (Molero, K. Urdaneta, J. Sanabria, Ch. Zambrano, N. Contreras, A. Azuaje & Baabel, 2014).

En un estudio realizado en nuestro país en la ciudad de Cuenca en el Hospital José Carrasco IESS en el periodo comprendido entre el 4 de Febrero al 4 de Mayo del 2014 se investigó la prevalencia de depresión postparto, en el que participaron 248 mujeres, obteniendo, un 34.3% de elevada probabilidad, 65,7% con baja probabilidad y el 6.5% presentaron depresión posparto directamente determinada por ideación suicida según la Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Santacruz, M. Serrano, 2014).

1.4 Etiología

No se conoce con claridad la causa de la depresión, existen múltiples hipótesis acerca de los mecanismos fisiopatológicos que abarcan a este trastorno, entre ellos hablamos de factores neurobiológicos, ambientales y estresores (Urdaneta et al, 2016).

La mujer durante la gestación está sujeta a cambios emocionales, esta inestabilidad se da por alteraciones hormonales lo que entorpece el control del estrés, este se puede presentar a la hora del parto y luego de este, complicando su recuperación. Es importante que toda madre deba prepararse para la llegada su hijo debido a que existen experiencias positivas como negativas lo que repercute en la evolución de un puerperio normal (Aquino, 2014).

El bajo nivel sérico de triptófano es una de las hipótesis biológicas relacionada con el desarrollo de depresión, con un nivel más bajo al final del embarazo e inicio del puerperio, en las mujeres puérperas se observa elevación del triptófano sérico como mecanismo natural de compensación, lo que no ocurriría en quienes desarrollan un cuadro depresivo puerperal; este aminoácido precursor de serotonina, neurotransmisor implicado en la etiopatogenia de estos trastornos depresivos (Maes, M. Ombelet, W. Verkerk, R. Bosmans, E. Scharpé, 2001). La enzima triptófano hidroxilasa 1 (TPH 1) paso limitante en la biosíntesis de la serotonina, es una de los genes estudiados por relacionarse con las enfermedades psiquiátricas, el polimorfismo TPH1 C2755 A, se lo considera un factor de riesgo específico en la población para desarrollar depresión mayor o ansiedad, quizás por la interacción con hormonas. (Sun, H. Tsai, H. Ko, H. Chang, F. Yeh, 2004).

Este trastorno está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés, en el que los niveles de la hormona liberadora de corticotropina se encuentran incrementados, esta es la hormona principal en la regulación del eje límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal.

En la gestación se presentan grandes cambios hormonales, en donde los niveles estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo (Abdollahi, F. Lye, M. Zarghami, 2016).

Otra hormona involucrada en la etiología de depresión postparto es la reducción de los niveles circulantes de estrógeno, existe literatura que demuestra sus efectos moduladores en el sistema nervioso central, sistema serotoninérgico por tal razón se conoce que descensos de las concentraciones normales de esta hormona se relacionan con alteraciones en el estado de ánimo en las mujeres en etapas de menarquia, posparto y menopausia (Payne, J. Teitelbaum, 2009). La progesterona también regula la síntesis de neurotransmisores, la liberación y transporte por lo que también están involucrados con estados de depresión (Schiller, C. Meltzer-Brody, S. Rubinow, 2015).

En estudios realizados en Basilea Suiza se evidencia un papel importante de la oxitocina en la adaptación y comportamiento de la mujer. Durante el embarazo y la maternidad se observó en el grupo de estudio que los niveles bajos de oxitocina en sangre periférica afectan el estado de ánimo de la madre así como también interfiere en la crianza de su hijo, volviéndolas menos cariñosas, con pérdida del interés en el cuidado de ellos (Skrundz, M. Bolten, M. Nast, IMeinschmidt, 2011).

Otra de las hipótesis es la disminución de la función tiroidea, que puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central (Oviedo, Jordan, 2006). Por varios estudios médicos se corrobora que las alteraciones en la función tiroidea pueden afectar significativamente el estado mental, incluyendo la emoción y la cognición. Las hormonas tiroideas T3 - T4, en exceso e insuficientes pueden causar alteraciones del

estado de ánimo como la depresión, que generalmente es reversible con tratamiento adecuado (Nazarpour, S. Tehrani, F. Simbar, M. Tohidi, M. Azizi, 2016).

Existe también un aumento de la respuesta inflamatoria del organismo, con elevación significativa de citoquinas pro-inflamatorias como IL-1B, IL-6, factor de necrosis tumoral (TNF- α), proteína C-reactiva, interferón gama (IFN- γ) y disminución de la concentración del factor inhibidor de estas. Esta elevación induce en las personas variaciones de patrones habituales de conducta, entre ellos, sueño, apetito, niveles de energía, esfera sexual y social, todos comportamientos relacionados a los cuadros depresivos (Kendall-Tackett, 2007).

Los estresores físicos y psicosociales elevan la respuesta inflamatoria, por lo que, se ha supuesto que esta podría ser la base de todos los factores de riesgo tradicionalmente asociados a la ocurrencia de depresión y permitiría explicar interrogantes tales como: por qué una mujer que tiene dificultades de pareja o trastornos del sueño durante el puerperio aumenta su riesgo de desarrollar trastornos del ánimo (Medina-Serdan, 2013)

Un estudio realizado en la Concepción Chile demuestran los niveles de estrés en madres con recién nacidos prematuros, 51,4% presenta estrés, 48,6% estado muy estresante, lo que revela que el nacimiento de un nuevo ser es un acontecimiento esperado tanto para los padres como para la familia, pero genera un cierto nivel de estrés en las madres, y más aún cuando él bebe nace antes de lo esperado y tiene que estar ingresado a unidad de cuidados intensivos y no puede estar junto a su familia (Aravena, J. _Henriquez, 2002).

2.4 Clasificación

2.4.1 Clasificación CIE 10

Sistema de codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª revisión) CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), permite un registro sistemático con finalidad de brindar información epidemiológica, siendo por esto menos precisa. Describe los trastornos mentales y del comportamiento del puerperio en las categorías F 53.0, F 53.1 en los que incluye la depresión posparto, aunque especifica que debe ser utilizada únicamente de manera restrictiva, cuando el trastorno no pueda ser clasificado en otro lugar (Organización Mundial de la Salud, 1992).

2.4.2 Clasificación. DSM V- TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, 2014). Trastornos del estado de ánimo

El DSM-V de la American Psychiatric Association actúa por criterios, surgió como reflejo de la insatisfacción con el sistema CIE. Es mucho más completo y preciso y se realizó basado en la experiencia clínica, así como también en avances de la investigación, su objetivo principal consiste en ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales, como parte de la valoración de un caso que permita elaborar un plan de tratamiento perfectamente documentado para cada individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según DSMV 2014 para su diagnóstico deben existir:

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso Trastorno de depresión mayor). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular 106 Trastornos depresivos un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Para distinguir la culpabilidad de un episodio de depresión mayor, es útil tener en cuenta que en la culpabilidad el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un episodio de depresión mayor, es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer.

2.5 Depresión en la mujer

La depresión es mucho más frecuente en mujeres que en los hombres, la prevalencia se incrementa durante la etapa de vida fértil, presentándose este trastorno antes de la concepción, durante el embarazo y el postparto. Esta enfermedad es menos frecuente durante el embarazo que en el parto, el riesgo de sufrir un trastorno depresivo aumenta durante el primer y tercer trimestre. El embarazo por sí solo no está asociado con alto riesgo de padecer depresión pero aumenta durante el periodo posparto (Goyal, D. Gay, 2010).

Se advierte un ascenso importante en el ámbito de la psiquiatría perinatal en los últimos años, haciendo que los profesionales de gineco-obstetricia, medicina familiar, pediatría, se familiaricen con estos conocimientos para favorecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, toda vez que se encuentran en contacto con embarazadas y puérperas. Esto favorecerá minimizar diversas circunstancias negativas que esta patología puede producir en la madre, feto, lactante que repercutirá en el desarrollo de su niñez así como también en su entorno familiar (Jadresic, 2014).

La vulnerabilidad de presentar síntomas psicológicos en las mujeres ha permitido que ciertos investigadores agrupen algunos trastornos psiquiátricos: el síndrome premenstrual, y la perimenopausia, estos producen una mayor carga emocional, por lo que su estudio es de gran importancia y la salud mental de la mujer requiere mejor atención, como una estrategia de salud pública efectiva para reducir la prevalencia de estas patologías (Flores, 2011).

2.5.1 Depresión puerperal

Hipócrates en el siglo IV a.C realizó la descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto por primera vez, en el año 1994 donde se revisa El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta edición, momento en el que la psiquiatría actual relaciona esta asociación del posparto y los cambios del ánimo la depresión posparto no era reconocida oficialmente como una entidad propia.

La Depresión Postparto puede simular a una depresión clínica tradicional, aunque existen grandes diferencias sintomáticas entre ellas. Las mujeres que padecen esta enfermedad tienen síntomas que son mucho más severos que las mujeres que sufren de un trastorno depresivo mayor que no está relacionada con el puerperio (Urdaneta et al, 2016).

Los trastornos de ánimo que aparecen tras el parto pueden presentarse bajo tres modalidades según el grado de severidad: en primera instancia baby blues (etapa de melancolía), es el más común afecta al 26-85% de las mujeres, aparece entre el tercer y séptimo día; luego encontramos la condición moderada conocida como depresión posparto, aparece entre cuatro a seis semanas luego del parto, las tasas de prevalencia oscilan entre el 4.5 – 28% debido a que existen diferentes factores como etnia, demografía, escalas utilizadas para diagnóstico y recolección de datos, esta puede durar

hasta dos años. Por último, de las tres la más grave, psicosis postparto que aparece a las 48 -72 horas luego del parto, requiere tratamiento hospitalario inmediato (Fernández, J. Iturriza, A. Toro, J. Valbuena, 2014).

2.5.2 Baby Blues

El término blues hace referencia a un tipo de música afroamericana triste que produce nostalgia. Durante los primeros tres días del puerperio es relativamente frecuente la labilidad emocional con alteraciones en el sentido del humor conocida como “tristeza o melancolía del embarazo” también denominada “baby blues” en inglés, o disforia postparto este cuadro se manifiesta durante las dos primeras semanas después del parto o cesárea, transitorio de pocos días de duración, el cual se considera como la depresión posparto de carácter leve, que se caracteriza por irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, crisis de llanto, encontrándose su pico máximo al quinto día postparto, generalmente se resuelve a las 2 semanas es de alivio espontáneo y no requieren tratamiento médico ocasionalmente psicológico. (Ryan, D. Kostaras, 2005). Si los síntomas persisten por más de diez días se debe investigar la presencia de depresión postparto.

Existen dos hipótesis principales que tratan de explicar este estado. La primera es la supresión hormonal brusca del bajo nivel de progesterona y sus metabolitos, principalmente de alopregnanolona, puede asociarse con los síntomas por su gran afinidad a los receptores GABA siendo esta la razón por la que poseen efectos ansiolíticos.

La segunda hipótesis se relaciona con la activación del sistema biológico madre e hijo que está regulado por la oxitocina, mecanismo indispensable que favorece el apego (Orejarena, 2004).

2.5.3 Depresión Postparto

El puerperio es un periodo con mayor riesgo para el desarrollo de depresión porque demanda tiempo, exigencia física y emocional tanto para la madre como para su familia. Esto conduce a un incremento de morbilidad asociándose a un mayor riesgo de presentar episodios similares, en pospartos futuros (Orejarena, 2004).

La vinculación de la madre con su hijo al momento del parto es importante, aunque esta pueda durar un corto tiempo, existen ocasiones en las que se interrumpe este apego como en ciertas complicaciones o patologías de la madre o del recién nacido, por lo tanto surgen una serie de sentimientos internos que repercuten en el estado emocional de la madre, pareja, familia, que puede llevar a cambios en el estado de ánimo (Zauderer, 2009).

La depresión posparto, aparece entre cuatro a seis semanas luego del parto para distinguirla del “Baby blues” periodo en el que se evidencian cambios hormonales y el retroceso físico de los principales cambios fisiológicos, fenómenos de trascendencia que repercuten en el estado mental de la parturienta y que se incrementa cuando se relacionan con los factores psicosociales y ambientales en los que se desenvuelve la persona, los conflictos de pareja, falta de redes de apoyo, embarazos no deseados, bajo autoestima de la madre, imposibilidad para dar de lactar o cese temprano, antecedentes familiares y personales de enfermedades psiquiátricas, esta cuadro puede durar hasta dos años.(Fernández, J. Iturriza, A. Toro, J. Valbuena, 2014).

Los problemas emocionales durante el puerperio se conocen desde la antigüedad, estos trastornos se caracterizan por presentar pérdida de ánimo para el cuidado del bebe por lo que sobrelleva la indisposición de la madre para ocuparse de él y sus necesidades. Se ha observado que la depresión posparto es más frecuente en las puérperas cuyo

embarazo, parto, o cesárea, tuvo alguna complicación biológica o social (Ceballos, I. Sandoval, L. Jaimes, E. Medina & Madera, J. Fernández, 2010).

La clínica relacionada con este cuadro se caracterizan por presentar sintomatología como: anhedonia, agotamiento físico, alteraciones del sueño y del apetito, dificultad para concentrarse, ideas de minusvalía que generalmente incluyen contenidos relacionados con su papel en la crianza e ideas obsesivas con respecto a agredir a su hijo. Estas generalmente no son llevadas a cabo excepto en casos psicóticos o cuando hay ideación suicida estructurada y desean abandonar a su hijo (Rojas, 2011).

El no realizar un tratamiento oportuno para esta patología durante el periodo postparto puede conducir a grandes consecuencias para la madre, el hijo y la familia. En la madre puede ser la primicia de un trastorno depresivo recurrente, para el recién nacido tener una madre depresiva puede llevar a que desarrolle durante su vida problemas cognitivos, de comportamiento, interpersonales, emocionales, menos activos, más irritables y desatentos (Ohashi, Y. Kitamura, T. Sakanashi, K. Tanaka, 2016)

2.5.4 Psicosis postparto

Es un trastorno psiquiátrico heterogéneo con múltiples etiologías relacionadas con la depresión, poco frecuente y de difícil diagnóstico, las mujeres con esta patología presentan serias consecuencias para la madre, recién nacido alterando el vínculo madre-hijo así como también perturbaciones en la relación de pareja y su entorno familiar.

Con este trastorno existen alteraciones del ritmo circadiano que se reflejan con modificaciones graves del sueño que anuncian síntomas psicóticos en el postparto, por tal razón las pacientes deben ser hospitalizadas para manejo, evaluación, tratamiento del

estado de ánimo, evitando agresiones para la madre y su hijo (Bergink, V. Rasgon, N. Wisner, 2016).

Los trastornos del estado de ánimo, con características psicóticas se producen en un número de partos que oscila entre 1 de cada 500 y 1 de cada 1.000 partos siendo más frecuentes en primíparas.

Los episodios que se inician en el periparto pueden presentar o no características psicóticas, el infanticidio se asocia con frecuencia a estos episodios que se caracterizan por alucinaciones auditivas que ordenan matar al niño o delirios de que el niño está poseído. Este riesgo es especialmente mayor en mujeres con episodios anteriores o antecedentes de un trastorno depresivo o bipolar incrementando su recurrencia en un 30% a 50% (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

2.6 Diagnostico

Se han diseñado varias escalas que permiten pesquisar la depresión postparto, se destaca por su utilidad práctica la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo diseñada por Cox, Holden y Sagovsky en 1987, creada para asistir a los profesionales de atención primaria de salud en la detección de madres que padecen depresión, útil en el periodo postparto; posteriormente Murray y Cox determinaron su validez en la semana 28 a 34 de gestación.

La EPDS fue creada en centros de salud de Livingston y Edinburgh, consiste de diez cortas preguntas donde la madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en cómo se sintió durante los últimos siete días, la mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos, es importante además llevar a cabo un diagnóstico con juicio clínico y no solo dar

importancia al resultado, en casos dudosos se puede repetir en el transcurso de dos semanas (Cox, J. Holden, J. Sagovsky, 1987).

Otra de las escalas ampliamente utilizadas para diagnóstico de depresión es la del inventario de Beck con menor poder diagnóstico por el diferente contenido de sus ítems que se acercan más a la definición sintomatológica de depresión del DSM-IV, exceptuando los sentimientos de castigo y de desánimo respecto al futuro, la preocupación por la salud, aspecto físico, la irritabilidad lo contrario con la escala EPDS que contempla dimensiones del estado depresivo que no se corresponden con la Beck, como por ejemplo la ansiedad, el miedo, pánico, que corresponderían al trastorno de ansiedad o trastorno mixto de ansiedad-depresión y que precisamente son algunos de los síntomas presentados con mayor frecuencia por las madres (Maroto, G. García, M. Fernández, 2005).

En el año 2000 en la ciudad de México un grupo de investigadores validaron la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en el 2004 Tophil y colaboradores sugirieron el empleo de esta escala para tamizaje en busca de depresión, en el mismo año se llevó a cabo un nuevo estudio que buscó la calibración del punto de corte de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, para obtener el equilibrio entre sensibilidad: 90%, especificidad: 82%, VPP: 77%, VPN: 94% (Oquendo, M. Lartigue, T. Gonzáles, I. Méndez, 2008).

La eficiente identificación de casos de depresión postparto en los últimos siete días de la gestación y diez días postparto con esta escala de valoración, permite disminuir la discapacidad materna en este grupo de mujeres; varios artículos refieren ser utilizada para valorar ansiedad de acuerdo a los ítems 3, 4, 5 existiendo fuerte asociación entre las dos en las semanas 14, 30 postparto. Numerosos estudios han llevado a cabo el

análisis de los diferentes factores en esta escala para su eficiencia en el diagnóstico de depresión postparto (Gollan, J. Wisniewski, Luther, & Dills, P. Sit, D. Ciolino, J. Wisner, 2016).

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que su nivel de instrucción no le permita responder.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de postparto, para poder cumplir con este ítem es necesario tener en cuenta la visita pediátrica, el control de postparto o una visita domiciliaria como oportunidades para realizarla.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación mayor a 10 muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el “0” para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento (Cox, J. Holden, J. Sagovsky, 1987)

2.7 Tratamiento

El tratamiento de la depresión posparto tiene resultados favorables, el pronóstico dependerá de la detección precoz del problema y de la severidad del trastorno, puede ser tratada con psicoterapia y medicamentos antidepresivos, los de primera elección son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, varios estudios han demostrado la eficacia de medicamentos como sertralina, paroxetina, fluoxetina y venlafaxina en el tratamiento de la depresión posparto sin psicosis dentro de estos la sertralina considerado como el medicamento de elección durante la gestación y lactancia debido a su baja excreción en la leche materna y ausente en el plasma del neonato; los antidepresivos tricíclicos como segunda opción de tratamiento; siempre utilizar el fármaco más adecuado conforme su categorización ya que algunos de estos pasan a través de la leche materna. (Fernández, J. Iturriza, A. Toro, J. Valbuena, 2014)

Al hablar de una de las etapas de la depresión postparto, Maternity Blues, que es una modalidad de adaptación normal a la llegada del nuevo ser no requiere tratamiento salvo el apoyo psicológico, es importante brindar información suficiente, sencilla y adecuada en lactancia materna, cuidados del recién nacido para que la madre obtenga sentimientos de seguridad siendo estos refuerzos positivos ante esta situación.

La estrategia terapéutica en la depresión puerperal debe centrarse en la detección y el tratamiento durante el embarazo, son indispensables los cursos de profilaxis del parto, apoyo psicológico y terapéutico hasta cumplir el primer año de vida del niño, debido a que como hemos mencionado los hijos de madres deprimidas son más irritables, sonríen

menos y presentan déficit conductuales y cognitivos a los 3-4 años de vida. Las terapias individuales de grupo y de pareja aumenten la valoración y la estima de la mujer.

En la psicosis postparto el tratamiento es básicamente farmacológico; se recomienda iniciar antipsicóticos típicos o atípicos, uso de moduladores del afecto. Existe eficacia documentada del carbonato de litio en la psicosis. En esta alternativa se debe suspender la lactancia por toxicidad al niño debido a su excreción por la leche, otra forma de terapia bien tolerada y de rápida efectividad es la electroconvulsiva (Oviedo, G. Jordan, 2006).

2.8 Justificación

La depresión posparto se relaciona con trastornos emocionales que incluyen riesgo para la madre, recién nacido y el sistema familiar con una prevalencia más alta en los países en desarrollo como el nuestro. En los registros estadísticos del Hospital Luis Gabriel Dávila, no existen diagnósticos de Depresión postparto, a pesar de que el año anterior hubo 719 recién nacidos ingresados en el servicio de neonatología, de los cuales 95 permanecieron más de diez días en este servicio

El alto nivel de hospitalización de neonatos y la falta de reconocimiento de este diagnóstico, ha permitido evidenciar la no sistematización de conductas a tomar en las madres con neonatos ingresados por más de 10 días en el servicio de Neonatología y que pudieran ser susceptibles a la depresión posparto.

Todo lo explicado anteriormente justifica el diseño de un protocolo de actuación en el Hospital Luis Gabriel Dávila, que pauté las medidas a desarrollar desde el punto de vista multidisciplinario, en las madres de neonatos hospitalizados por más de 10 días en el servicio de Neonatología; con la premisa de detectar precozmente este diagnóstico y

sus factores de riesgo; y así mejorar cada vez más la calidad de la actividad preventiva y asistencial, además de disminuir la morbilidad materno-infantil.

2.9 Problema de investigación

¿El diseño de un protocolo de actuación ante la depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizados, podrá detectar precozmente este diagnóstico y sus factores de riesgo para lograr un adecuado manejo multidisciplinario?

2.10 Objetivos

2.10.1 General

Diseñar un protocolo de actuación para el diagnóstico precoz de la depresión postparto en madres de recién nacidos hospitalizada en el servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila de Tulcán.

2.10.2 Específicos

1. Determinar la incidencia del diagnóstico de depresión posparto en las madres de los neonatos ingresados en el servicio de neonatología por más de 10 días.
2. Caracterizar a las madres de los neonatos ingresados en el servicio de neonatología por más de 10 días según factores sociodemográficos, presencia o no de las redes de apoyo y la estructura y función familiar
3. Relacionar el diagnóstico de depresión posparto con factores sociodemográficos y la presencia o no de las redes de apoyo.
4. Diseñar las acciones que conformarán el protocolo de actuación para el diagnóstico precoz y la prevención de la depresión posparto.

2.11 Hipótesis

El utilizar instrumentos de diagnóstico en madres de recién nacidos hospitalizados en Hospital Luis G Dávila de Tulcán, ayuda a la elaboración de un Protocolo de Actuación que permita el prematuro diagnóstico de Depresión Posparto y sus factores de riesgo para lograr un adecuado y temprano manejo multidisciplinario.

2.12 Aporte práctico

Se aporta un protocolo de actuación para la detección precoz y reconocimiento de los factores de riesgo en las madres con neonatos hospitalizados por más de 10 días a desarrollar depresión posparto, a través del cual se diseñan las acciones a ejecutar desde el punto de vista multidisciplinario, con el fin de disminuir la morbilidad materna. Este protocolo constituye un instrumento que permite aunar los criterios de actuación profesional en el campo de la medicina familiar.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1. Variables del Estudio

3.2. Operacionalización de variables

Variable Dependiente. Depresión Postparto

Variable independiente. Redes de apoyo familiar, factores sociodemográficos

Variable	Clasificación	Operacionalización		Indicadores
		Escala	Descripción	
1. Depresión post parto	Cualitativa Nominal Dicotómica	0-9= Sin Depresión Posparto. 10 o más= Con Depresión Posparto.	Trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después del parto según la Escala de Edimburgo	Porcentaje %
2. Edad.	Cuantitativa continua	Adolescencia 11-19 años Adulto joven 20-34 años Adulto medio 36-49 años	Número de años cumplidos de una persona desde su nacimiento, corroborados o no por C.I.	Porcentaje %
3. Estado civil.	Cualitativa	Casado	Condición de una	Porcentaje %

	Nominal Politómica	Unión Libre Soltero Viudo Divorciado	persona en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto, corroborada por la cedula de identidad	
4. Nacionalidad	Cualitativa Nominal Politómica	-Ecuatoriano. -Colombiano. -Otras.	Condición que reconoce a una persona de ser ecuatoriana o no, comprobada o no con C.I.	Porcentaje %
5. Escolaridad	Cualitativa Ordinal	-Sin instrucción. -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa. -Superior incompleta. -Superior completa	Años de estudios aprobados en el sistema educativo, por referencia directa del encuestado.	Porcentaje %
6. Ocupación	Cualitativa Nominal Dicotómica	Ocupada Desocupada	Actividad laboral que realiza la persona usualmente que genera ingreso económico o beneficio.	Porcentaje %
7. Redes de	Cualitativa Nominal	Nunca Casi nunca	Presencia de grupos de personas, miembros de	Porcentaje %

apoyo	Politómica	A veces Siempre	la familia y otras personas que son capaces aportar ayuda emocional, económica	
8. Funcionamiento familiar.	Cualitativa Nominal Politómica	Casi nunca Pocas veces A veces Muchas veces Casi siempre	Nivel en que la familia resuelve sus necesidades según la Escala FF-SIL	Porcentaje %
10. Ingreso económico	Cuantitativa continua	Mensual básico Menor al ingreso mensual básico Superior al ingreso mensual básico	Cantidad de dinero que una familia gana en un periodo de tiempo o Ingreso mensual	Porcentaje %

Fuente: (Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués)

3.3. Diseño metodológico

Diseño de estudio: Observacional Analítico de Corte Transversal.

Escenario: Servicio de Neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila.

Periodo de estudio: del 1 de agosto al 31 de octubre de 2016.

Población y Muestra de estudio: En este estudio la muestra coincidirá con la población de estudio, se realizará en todas las madres con niños hospitalizados por más de diez días en el servicio de neonatología del Hospital Luis G. Dávila.

Criterios de inclusión:

Todas las mujeres que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tulcán, para la atención de parto o cesárea con recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología por más de diez días.

Madres que autorizan bajo consentimiento informado ser parte de este estudio de investigación

Criterios de exclusión:

Mujeres con antecedente de patología psiquiátrica

Mujeres que cursen posparto inmediato.

Criterios de salida:

Mujeres con referencia a otra casa de salud por mayor complicación del recién nacido

Mujeres que decidan abandonar el estudio por cualquier eventualidad

3.4. Métodos de investigación

En el desarrollo de esta investigación se utilizarán los siguientes métodos de investigación:

3.4.1. Métodos del nivel teórico

🌀 Analítico-Sintético e Inductivo-Deductivo: Se utilizará para el trabajo con la bibliografía, la valoración de los resultados y la elaboración del protocolo de actuación.

🌀 **Histórico-Lógico:** Se aplicará en la sistematización de los antecedentes teóricos del problema de investigación.

🌀 **Modelación y enfoque de sistema:** Se utilizará en el diseño del protocolo de actuación.

3.4.2. Métodos del nivel empírico

🌀 **Análisis documental:** Se utilizará en el proceso de diagnóstico, un formulario de recolección de datos a pacientes objeto de estudio, con el objetivo de conocer su nivel socioeconómico. En tal sentido, se precisará acerca de la presencia de factores de riesgo. Se realizará una revisión bibliográfica dirigida a la búsqueda de protocolos de actuación existentes, en relación con la depresión posparto en madres con neonatos hospitalizados por más de diez días.

🌀 **Diagnóstico a pacientes:** Se realizará para el diagnóstico la Escala de Edimburgo, (anexo # 1) con el objetivo de precisar la existencia o no de depresión postparto.

3.5. Obtención de la información

Se realizará la recolección de datos por los autores, a través de un modelo diseñado al efecto para la obtención de las variables necesarias para este estudio, a través del interrogatorio. (Anexo # 2).

3.6. Procedimiento de recolección de información

Previo a la recolección de datos, se solicitó la autorización al Señor Gerente de la casa de salud y al Líder del Servicio de Ginecología, con el objetivo de hacer conocer que se realizarán los siguientes procedimientos en mujeres en periodo postparto con neonatos hospitalizados por más de diez días: posteriormente se realizará la aplicación de la escala de depresión de Edimburgo, a continuación el llenado del formulario de recolección de datos que identifica los factores sociodemográficos, variables relacionadas en la aparición de este cuadro; y aplicación de herramientas de funcionalidad familiar que nos permitir establecer las relaciones entre sus integrantes, herramientas importantes para el desarrollo de nuestro tema de estudio.

3.7. Procedimientos de diagnóstico e intervención

Para determinar la prevalencia de Depresión Postparto, se aplicará la Escala de Edimburgo, a todas las madres con recién nacidos hospitalizados, diseñada por Cox (1987) en Edimburgo, se usa concretamente para detectar estados depresivos en el periodo posnatal con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 82 %, consiste de diez preguntas que buscan, síntomas comunes de un estado depresivo, cada pregunta se califica de 0-3 puntos de acuerdo con la severidad de los síntomas (Oquendo, Lartigue, González, & Mendez, 2008).

La puntuación total resulta de la suma de los puntos asignados a cada opción de respuesta seleccionada. Una puntuación mayor que 10 muestra la probabilidad de una depresión posparto, pero no su gravedad. Se advierte que, cualquier puntuación diferente al cero (0) al valorar la respuesta que se escoja para la pregunta número 10, significa un signo de alarma porque indica pensamientos de autoagresión, que pueden conducir lesionar al niño, y hasta a conductas suicidas, por lo que, en estos casos es

imprescindible hacer evaluaciones adicionales inmediatamente (Cox, Holden, & Sagosvsky)

Los factores sociodemográficos, se los obtendrá con el llenado de un formulario de recolección de datos, también se requiere aplicar una familiograma para conocer la estructura y funcionalidad familiar complementando con la escala FF-SIL para identificar redes de apoyo familiar, instrumentos que son de importancia para el manejo integral de estas pacientes (Armas & Díaz, 2007).

3.8. Plan de análisis de datos

Los datos recolectados con la aplicación de: la Escala de Edimburgo, Formulario de recolección de datos , familiograma funcional y estructural, Evaluación del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) (Ver Anexo 3-4) se procesaran en un paquete de software Excel, para obtener resultados que serán interpretados con análisis escrito y gráfico. Para el análisis y la asociación de variables se utilizará el programa SPSS (Statistic Package for Social Science) versión 23.0 para Windows.

3.9. Aspectos bioéticos

Procedimientos Éticos:

Para la realización del presente trabajo se tomarán en cuenta las consideraciones de la OMS como son:

“El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

- a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y
- b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables” (CIOMS. 1991). La investigación se realizará previa información a los pacientes de todos los aspectos relacionados con la misma, se llenará un modelo de consentimiento informado donde cada paciente manifieste su voluntad de participar en el estudio. (Anexo # 4)

CAPITULO IV

4. Resultados

4.1. Análisis estadístico

4.1.1. Tasa de incidencia de diagnóstico Depresión Postparto

La tasa de incidencia de diagnóstico de DPP, en el Hospital Luis G Dávila, en los meses de agosto a noviembre del 2016 en el servicio de Ginecología es de 2.83%, (en 600 partos) es decir que de cada 100 partos se presentan 2.83 casos.

Tabla 1: Depresión Postparto en relación con la edad.

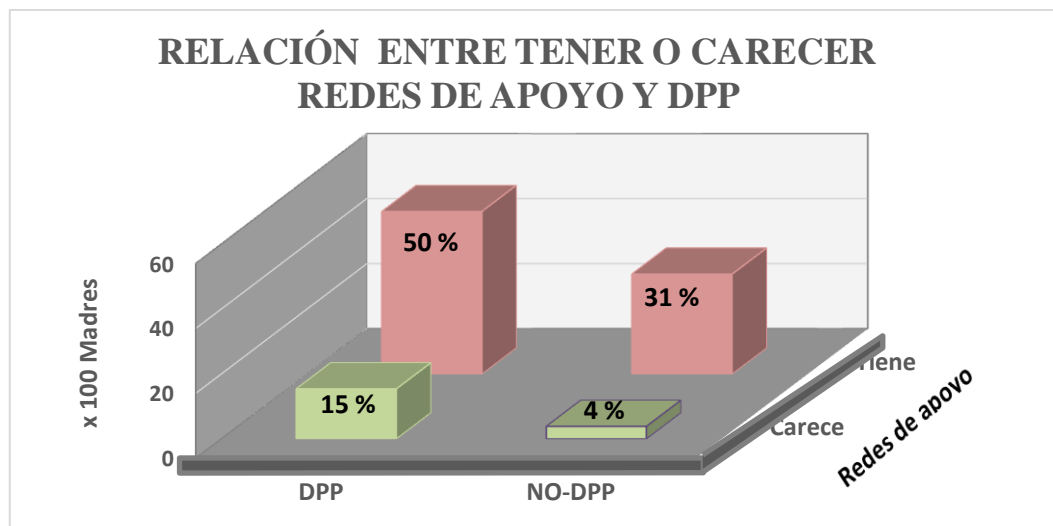
	n	Media	Desviación estándar	Máximo	Mediana	Moda
Sin Depresión Postparto	9	27	7	40	27	27
Con Depresión Postparto	17	29	8	42	29	23

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués.

La tabla N° 1 refleja que el promedio de edad esta en los 29 años en mujeres con depresión postparto, con edades mínimas de 16 años y máxima de 42 años. La edad más frecuente es 23 años. Lo que nos hace ver que la DPP se presenta en mujeres adultas jóvenes.

Tabla 2: Relación de Redes de Apoyo con Depresión Postparto

		DPP	NO-DPP
REDES DE APOYO	SI	13(50%)	8 (31%)
	NO	4 (15)%	1(4%)

Grafico N° 1: Relación entre tener o carecer redes de apoyo y Depresión Postparto

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués.

En la tabla anterior se destaca como las persona que cuentan con redes de apoyo tiene un mayor porcentaje 50% de presentar DPP, en relaciona las que carecen de redes de apoyo con el 15% de DPP, que es lo contrario a lo que se esperaba, las redes de apoyo no son factor protector en la DPP OR:2.46 (0.12-0.30).

Tabla 3: Relación de Depresión Postparto y Estado Civil

		Sin DPP	Con DPP
ESTADO CIVIL	Soltera	3 (11.5%)	4 (15.3%)
	Unión Estable	4 (15.3%)	7 (26,9%)
	Casada	2 (7.6%)	6 (23.07%)

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués.

La unión estable tiene mayor incidencia de DPP seguida del grupo de casadas, obteniendo que la unión estable tiene mayor incidencia, con 7 pacientes (26.9%), de presentar DPP, seguido de las mujeres casadas en un numero de 6 casos (23.07%), lo que nos da 13 (76.47%) con DPP en las que tienen pareja, frente a las solteras que son las que menos se deprimen 4 (15.3%). Tampoco el tener pareja es un factor protector. Si analizamos por grupo de estado civil en todas más de la mitad estudiadas presentan DPP.

Tabla 4: Relación de Depresión Postparto en Madres con Hijos Hospitalizados y sin Hospitalización.

		DPP	NO-DPP	TOTAL
HOSPITALIZACION	Sin Hospitalización	186 (32.4%)	388 (67,5%)	574
	Con Hospitalización	17 (65,3%)	9 (34,6%)	26
	TOTAL	203	397	600

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués.

Al comparar Depresión en madres con niños hospitalizados o no, encontramos un 65.3% de depresión en madres con niños hospitalizados frente a un 32.4% de depresión en madres sin niños hospitalizados. Estos nos permite ver que el tener niños hospitalizados es un factor de riesgo para DPP con un OR: 3.9 (0.02-0.09).

Tabla 5: Relación Depresión Postparto e Ingreso Económico

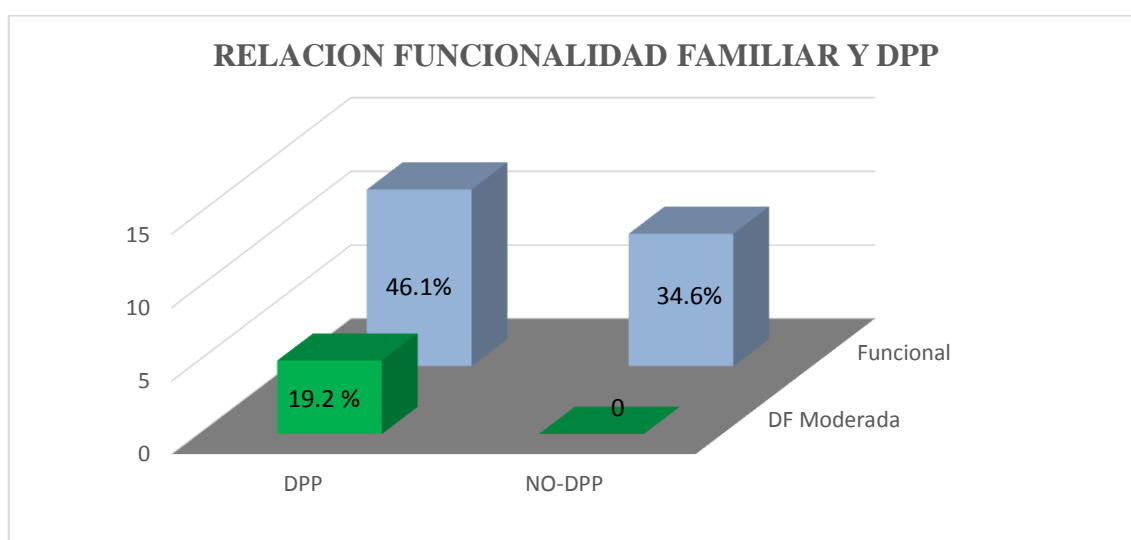
DEPRESION POSTPARTO		NO DPP	DPP	TOTAL
INGRESO ECONOMICO	No tiene	2 (7.6%)	2 (7.6%)	4
	Ingreso Mensual Básico	2 (7.6%)	9 (34.6%)	11
	Inferior al Mensual Básico	3 (11.5%)	5 (19.2%)	8
	Superior al Mensual Básico	2 (7.6%)	1 (3.8%)	3
	TOTAL	9	17	26

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués.

En la tabla N°5 se evidencia que las mujeres con un ingreso mensual básico son la que presentan mayor DPP, lo que nos hace pensar que el factor económico no es un factor protector. El número encontrado en el estudio tiene significancia estadística con un chi-cuadrado de 3.122 y (p 0.35)

Tabla 6 : Relación Depresión Postparto y Funcionalidad Familiar

DEPRESION POSTPARTO		DPP	NO-DPP
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Disfunción Moderada	5 (19.2%)	0(0%)
	Funcional	12(46.1%)	9(34.6%)

Grafico N° 2: Relación Funcionalidad Familiar y Depresión Postparto

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués

En esta tabla encontramos 12 mujeres con DPP y funcionalidad familiar, 46.1% de las 26 mujeres estudiadas frente a 5 mujeres con disfunción moderada, 19.2 % del total del estudio, nuevamente observamos que la funcionalidad familiar no parece ser un factor protector, pero al comparar cada grupo la DPP en el grupo funcional es del 57.1% y en el disfunción es de 100% de DPP. No se pudo buscar relación estadística pues hay valores 0 que me da OR indefinido.

Tabla 7: Relación Depresión Postparto Escolaridad.

		DPP	NO-DPP	Total
ESCOLARIDAD	Primaria	6 (23.07%)	3 (11.53%)	9
	Secundaria_Universitaria	11 (42.30%)	6 (23.07%)	17
	Total	17	9	26

Realizado por: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués

En la tabla anterior observamos 11 mujeres con DPP e instrucción secundaria y universitaria, 42.30% de las 26 mujeres estudiadas frente a 6 mujeres con DPP con instrucción primaria 23.07%), estos resultados demuestran que el tener escolaridad secundaria y universitaria no es un factor protector para DPP.

CAPITULO V

5. Discusión

En este trabajo se estudiaron 26 pacientes que fueron las que tuvieron niños hospitalizados de las 600 partos en el Hospital Luis G. Dávila durante los meses de agosto a octubre en el que se realizó el estudio.

Mediante el tamizaje de la escala de Edimburgo se encontraron 17 mujeres con depresión que equivale al 65.38% de las 26 mujeres que tuvieron niños ingresados al servicio de neonatología, esto nos permite conocer que la DPP se presenta en esta casa de salud sin existir registros estadísticos de este diagnóstico, datos que se obtuvieron a pesar del tiempo corto de estudio y del número pequeño de la muestra. El resultado obtenido no permite comparar las cifras con investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, se requiere de un estudio de cohorte para poder extrapolar resultados y comparar su prevalencia.

La depresión postparto en este estudio tiene un promedio de edad de 29 años, con una mínima de 16 máxima de 42 años, edades que se relacionan con datos estadísticos de un estudio transversal realizado en Portoalegre Brasil a 271 mujeres donde la edad está en un rango de 14 a 47 años de edad.

Las existencia redes de apoyo familiar en esta investigación no son factor protector en la DPP, la pregunta radica, ¿porque este resultado si la evidencia manifiesta que el tener una red de apoyo constituye un elemento preventivo? al momento de entrevistar a la paciente logramos conocer más profundamente que a ellas lo que más les preocupa es como se dejó el hogar, sus hijos solos al cuidado de otro familiar que en muchas de las

veces no tiene la suficiente edad para brindar protección, su padre como sustento de familia debe ausentarse para cumplir con las responsabilidades, que para los más pequeños no hay quien supervise sus tareas, situaciones que se suman a la incertidumbre de la patología del recién nacido, que lo vuelve particular del resto de estudios.

Los resultados obtenidos del estado civil indican que la mayor frecuencia de DPP se presenta en mujeres con pareja estable, en nuestro estudio es contradictorio, a diferencia de diversos estudios en donde indican que las mujeres sin una pareja estable son las que más se deprimen, cabe insistir que la información que se logró identificar en la entrevista continua siendo determinante para desencadenar DPP en este grupo de mujeres.

En las madres con recién nacidos hospitalizados la frecuencia de síntomas depresivos es alta, como se observa en los resultados de nuestro estudio, 65.3% de las 26 madres estudiadas, datos que son similares a estudios realizados a 793 madres con bebés hospitalizados en un periodo de 18 meses en Oklahoma Estados Unidos 2016 donde la tasa de DPP está en el 28%-70% en madres con recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos.

El ingreso económico demuestra su relación con la DPP, reflejando que el 34.6% con ingreso mensual básico se deprimieron frente al 19.2% con ingreso mensual inferior, es difícil comparar estos valores con el resto de estudios, debido a que en cada investigación se emplean diferentes metodologías y poblaciones con distintas características, lo que si coincide es que las mujeres con niveles económicos bajos es la población que más se deprime.

Los resultados obtenidos de funcionalidad familiar en nuestro estudio son contradictorios a lo mencionado en la evidencia científica, pero pueden estar involucrados situaciones como la enfermedad del niño que provoca cambios en el estado emocional de la madre sin olvidar el tiempo de permanencia hospitalaria como factores determinantes.

La escolaridad es una variable estudiada con frecuencia en diferentes estudios por ser un factor muy relacionado con DPP, llama la atención que los resultados que se logró obtener de mujeres con DPP tienen nivel de escolaridad secundaria y universitaria, datos que por la cantidad de la muestra no reflejen la realidad de que la escolaridad sea un factor desencadenante de DPP.

5.1. Conclusiones

Se concluye que durante el tiempo de estudio se logró identificar la existencia de trastornos del ánimo en mujeres con recién nacido ingresados en UCIN del Hospital Luis G Dávila mediante la aplicación de los instrumentos utilizados cumpliendo con una parte de la hipótesis pues al aplicar la escala de depresión Edinburgo, encuesta semiestructurada, familiograma funcional y estructural, escala de funcionamiento familiar FFSIL se pudo diagnosticar Depresión Postparto a pesar del tamaño de la muestra, sin embargo no se logró relacionar esta patología con factores sociodemográficos, redes de apoyo, funcionalidad familiar posiblemente debido al corto tiempo de estudio.

Además toda madre con recién nacidos hospitalizados por más de diez días en la UCIN tiene alto riesgo de presentar DPP, debido al resultado obtenido del valor estadístico del OR: 3.9.

La mayoría de datos obtenidos en este estudio, no tuvieron una relevancia estadística, pero si el diagnóstico de casos de DPP.

5.2. Recomendaciones

Realizar un estudio de cohorte prospectivo en mujeres con niños hospitalizados y no hospitalizados para poder obtener resultados estadísticamente significativos.

Sensibilizar al personal de salud de los servicios de Gineco-obstetricia y Salud Mental en la elaboración de un buen llenado de Historia Clínica y tamizaje diagnóstico de Depresión Postparto.

Implementar el protocolo de actuación para diagnóstico de Depresión Postparto en el servicio de gineco-obstetricia a todas las madres con recién nacidos hospitalizados por más de diez días a partir del 2017.

Bibliografía.

- Abdollahi, F. Lye, M. Zarghami, M. (2016). Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. *North American Journal of Medical Sciences*, 8(6), 232–236. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.185027>
- Aquino, O. (2014). *"Estrés Post-Parto en las mujeres del área de maternidad"*.
- Aravena, J. _Henriquez, E. (2002). Nivel De Estres De Las Madres Con Recien Nacidos Hospitalizados En La Unidad De Cuidados Intensivos Neonatal, Hospital Guillermo Grant Benavente De Concepcion 1999. *Ciencia Y Enfermería*, 8, 31–36. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100005>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- Belloch, A. Sandín, B. Ramos, F. (2009). *MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA*.
- Bergink, V. Rasgon, N. Wisner, K. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *American Journal of Psychiatry*, 25, 1–10. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Bolzán, C., Kunzi, I., Cellerino, R., Franzini, C., & Mendieta, D. (2011). Maternidad adolescente y depresión posparto. *Psicológica*, 1–16.
- Bustos, S. Jiménez, N. (2013). Factores de riesgo asociados a la depresión post parto, en mujeres que asisten a centros de atención primaria en la ciudad de Arica - Chile. *Psiquiatría Y Salud Mental*, 30(1), 38–49.
- Carro, T. Sierra, M. Hernandez, M., Ladron, E., & Antolin, E. (2000). Trastornos del estado de animo en el postparto. *Medicina General*, 452–456.

- Ceballos, I. Sandoval, L. Jaimes, E. Medina, G., & Madera, J. Fernández, Y. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 48, 71–74.
- Cházaro, E. (2014). Depresion-Postparto. Retrieved from <http://spm.mx/home/depresion-post-parto/>
- Cherry, A. Blucker, R. Thornberry, T., & Hetherington, C. McCaffree, M. Gillaspay, S. (2016). Postpartum depression screening in the Neonatal Intensive Care Unit : program development , implementation , and lessons learned. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 59–67. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S91559>
- Collins, N. Dunkel-Schetter, C. Lobel, M. Scrimshaw, S. (1993). Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcome and Postpartum Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(6), 1243–1258.
- Cox, J. Holden, J. Sagovsky, R. (1987). Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh. *British Journal of Psychiatry*, 150, 1–7. Retrieved from http://www.state.nj.us/health/fhs/postpartumdepression/pdf/PPD-Edinburgh-Scale_sp.pdf
- Dois, A. Uribe, C. Villarroel, L. Contreras, A. (2012). Risk factors for post partum depression. *Revista Médica de Chile*, 140, 719–725. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000600004>
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconciente del cuerpo*. (P. IBERICA, Ed.) (PRIMERA). PARIS: PAIDOS IBERICA.
- Fernández, J. Iturriza, A. Toro, J. Valbuena, R. (2014). Depresión posparto valorada

- mediante la escala de Edimburgo. *Revista de Obstetricia Y Ginecología de Venezuela*, 74(4), 229–243. Retrieved from http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000400003&lang=pt
- Flores, M. (2011). Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental. *Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de Los Reyes.*, 1–5. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm1111e.pdf>
- Gollan, J. Wisniewski, S., Luther, J. H. F., & Dills, P. Sit, D. Ciolino, J. Wisner, K. (2016). Generating an efficient version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in an Urban obstetrical population. *Journal of Affective Disorders*, 208, 615–620. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.013>
- Goyal, D. Gay, C. (2010). How much does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First Time, 20(2), 2–17. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003>.How
- Hidalgo, M^a. Menéndez, S. (2003). La pareja ante la llegada de los hijos e hijas. Evolución de la relación conyugal durante el proceso de convertirse en padre y madre. *Infancia Y Aprendizaje*, 26, 469–483. <https://doi.org/10.1174/021037003322553851>
- Howard, L. Molyneaux, E. Dennis, C., & Rochat, T. Stein, A. Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384, 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio Depression in pregnancy

- and the puerperium. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 48(4), 269–278.
<https://doi.org/10.4067/S0717-92272010000500003>
- Jadresic, E. (2014). Depresión Perinatal : Detección Y Tratamiento, 25(6), 1019–1028.
- Lopez, I. (2006). “ El apoyo social de familias en situación de riesgo .” *Funadacion Accion Familiar*, pp. 1–198.
- Maes, M. Ombelet, W. Verkerk, R. Bosmans, E. Scharpé, S. (2001). Effects of pregnancy and delivery on the availability of plasma tryptophan to the brain: relationships to delivery-induced immune activation and early post-partum anxiety and depression. *Psychological Medicine*, 31, 847–58.
<https://doi.org/10.1017/S0033291701004007>
- Maroto, G. García, M. Fernández, A. (2005). Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 305–318.
- Mohamad, Aza. Sherin Tang, L. Binns, C., & Lee, A. (2016). Breastfeeding and Postnatal Depression: A Prospective Cohort Study in Sabah, Malaysia. *Journal of Human Lactation : Official Journal of International Lactation Consultant Association*, 32(2), 277–281. <https://doi.org/10.1177/0890334415620788>
- Molero, K. Urdaneta, J. Sanabria, Ch. Zambrano, N. Contreras, A. Azuaje, E., & Baabel, N. (2014). Prevalencia de depresión posparto en puérperas adolescentes y adultas. *Revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología*, 79(4), 294–304.
<https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000400008>
- Nazarpour, S. Tehrani, F. Simbar, M. Tohidi, M. Azizi, F. (2016). Tehran thyroid and in Tehran, Iran: Objectives and study protocol. *International Journal of*

Endocrinology and Metabolism, 14, 1–7. <https://doi.org/10.5812/ijem.33477>

- Ohashi, Y. Kitamura, T. Sakanashi, K. Tanaka, T. (2016). Postpartum Bonding Disorder: Factor Structure, Validity, Reliability and a Model Comparison of the Postnatal Bonding Questionnaire in Japanese Mothers of Infants. *Healthcare*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030050>
- Oquendo, M. Lartigue, T. Gonzáles, I. Méndez, S. (2008). Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal. *Perinatología Reproductiva Humana*, 22, 195–202.
- Orejarena, S. (2004). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Medica*, 7, 131–140.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10*. Sld.Cu. Retrieved from http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/dne/vol3_sec1_k.pdf
- Oviedo, G. Jordan, V. (2006). Trastornos afectivos posparto. *Universitas Medica*, 47(2), 131–140.
- Pawar, G., Wetzker, C., & Gjerdingen, D. (2011). Prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*, 24(3), 258–261. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100249>
- Payne, J. Teitelbaum, P. (2009). NIH Public Access, 17, 72–86. <https://doi.org/10.1080/10673220902899706.A>
- Rojas G, Fritsch R, G. V. et al. (2010). Caracterización de mujeres deprimidas en el postparto. *Rev. Médica Chile*, 138(5), 536–542.
- Rojas, E. (2011). *Adiós depresión. En busca de la felicidad razonable*. Madrid:

- Editorial Temas de hoy*. Retrieved from
http://virtual.urbe.edu/librotexto/362_2_ROJ_1/indice.pdf
- Ryan, D. Kostaras, X. (2005). Psychiatric disorders in the postpartum period. *BC Medical Journal*, 47, 100–103.
- Santacruz, M. Serrano, F. (2014). *Depresión Postparto, Prevalencia y Factores de Riesgo en Madres Atendidas en el Hospital José Carrasco Arteaga Cuenca 2014*.
- Schiller, C. Meltzer-Brody, S. Rubinow, D. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS Spectrums*, 20(1), 1–20.
<https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2012). *Management of perinatal mood disorders*.
- Secretaría de Salud Pública Chile. (2011). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. *Ministerio de Salud de Chile*, 60.
- Sierra, J. Carro, T. Ladrón, E. (2015). Variables asociadas al riesgo de depresión posparto. Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Atención Primaria*, 30(2), 103–111. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)78979-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)78979-8)
- Skrundz, M. Bolten, M. Nast, I. Meinschmidt, G. (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 36, 1886–93. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.74>
- Sun, H. Tsai, H. Ko, H. Chang, F. Yeh, T. (2004). Association of tryptophan

hydroxylase gene polymorphism with depression, anxiety and comorbid depression and anxiety in a population-based sample of postpartum Taiwanese women. *Genes, Brain and Behavior*, 3, 328–336. <https://doi.org/10.1111/j.1601-183X.2004.00085.x>

Urdaneta, J. Rivera, A. García, J. Guerra, M. Baabel, N. Contreras, A. (2010).

Prevalencia De Depresión Posparto En Primigestas Y Multíparas Valoradas Por La Escala De Edimburgo, 75(5), 312–320.

Zauderer, C. (2009). Postpartum depression: how childbirth educators can help break

the silence. *The Journal of Perinatal Education*, 18(2), 23–31.

<https://doi.org/10.1624/105812409X426305>

ANEXOS

ANEXO N°1



CARTA DE AUTORIZACIÓN HLGD-G-2016-002

Para: Sr. Dr. Antonio Domínguez
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PUCE
De: Dr. Francisco Enríquez
GERENTE SUBROGANTE
Fecha: Tulcán, 09 de Junio de 2016

De mis consideraciones:

Por medio del presente, y considerando el documento s/n de fecha 09 de junio de 2016 suscrito por los Doctores Jimena Simbaña V. y Oscar Tatamués V, en el cual se solicita autorizar la realización del estudio titulado "PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA DEPRESIÓN POSTPARTO EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA DE TULCÁN", se autoriza la realización del mismo.

Atentamente,

Handwritten signature of Dr. Francisco Enríquez in blue ink.

Dr. Francisco Enríquez
GERENTE SUBROGANTE DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA
FE/ma



ANEXO N°2**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR****POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA****CUESTIONARIO SOBRE DEPRESIÓN POSTNATAL EDIMBURGO**

ID: _____ Fecha ____/____/____

Hora: _____

Nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo; por favor subraye la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas:

0 Tanto como siempre

1 No tanto ahora

2 Mucho menos

3 No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer:

0 Tanto como siempre

1 Algo menos de lo que solía hacer

2 Definitivamente menos

3 No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien:

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, algunas veces

1 No muy a menudo

0 No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:

0 No, para nada

1 Casi nada

2 Sí, a veces

3 Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno:

3 Sí, bastante

2 Sí, a veces

1 No, no mucho

0 No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian:

3 Sí, la mayor parte de las veces

2 Sí, a veces

1 No, casi nunca

0 No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir:

3 Sí, la mayoría de las veces

2 Sí, a veces

1 No muy a menudo

0 No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 No muy a menudo

0 No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando:

3 Sí, casi siempre

2 Sí, bastante a menudo

1 Sólo en ocasiones

0 No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma:

3 Sí, bastante a menudo

2 A veces

1 Casi nunca

0 No, nunca

ANEXO N°3**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR****POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA****FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACION A MADRES****CONDEPRESION POSTPARTO**

N° de formulario _____

CC: _____ Fecha ____/____/____

Hora: _____

PREGUNTAS. Marque con un (X) la opción según corresponda

Edad _____ años

Estado civil

Soltera () Unión estable () Casada ()

Nacionalidad

Ecuatoriana () Colombiana () Otra ()

Grado de instrucción

Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior Universitaria ()

Ocupación

Empleada ()

Desempleada ()

Usted considera tener Redes de Apoyo

Si () No ()

Cuales.....

.....

Ingreso Económico

Ingreso mensual básico () Inferior al mensual básico ()

Superior al mensual básico ()

ANEXO N°4**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR****POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA*****TEST FF-SIL***

FUNCION	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
Se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
En mi casa predomina la armonía					
En mi casa cada uno cumple con sus responsabilidades					
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria					
Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa					
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
Tomamos en cuenta las					

FUNCION	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
Cuando alguien de la familia tiene un problema ¿los demás le ayudan?					
Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargarlo					
Las costumbres familiares pueden cambiarse ante determinadas situaciones					
Podemos conversar diversos temas sin temor					
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda a otras personas					
Los intereses y necesidades de cada					

FUNCION	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
cual, son respetados por el núcleo familiar					
Nos demostramos el cariño que nos queremos					

Casi siempre= 5; muchas veces=4; a veces=3, pocas veces=2, casi nunca=1

Familia Funcional: 57-70 puntos

Moderadamente Funcional: 43-56 puntos

Disfuncional: 28-42 puntos

Severamente disfuncional: 14-27 puntos

ANEXO N°5**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR****POSGRADO DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA****Consentimiento Informado**

El Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres que padecen sintomatología de Depresión Postparto con recién nacidos ingresados al servicio de Neonatología por más de diez días, en el Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán durante el periodo de julio a septiembre del 2016.

Investigadores principales

Dra. Jimena Simbaña (Pontificia Universidad Católica del Ecuador)

Dr. Oscar Tatamués Vosmediano (Pontificia Universidad Católica del Ecuador)

Organización

- Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Riesgos sobre su Salud

- El presente estudio no conlleva ningún riesgo para salud e integridad.

Este documento posee dos partes:

PARTE I: Información

Introducción

Somos: Dra. Jimena Simbaña, Dr. Oscar Tatamués, Postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Y. Estamos investigando la Depresión Posparto en mujeres que tengan su recién nacido ingresado al servicio de neonatología por más de diez días, situación que no es evidenciada en esta casa de salud. Les vamos a dar a conocer toda la información suficiente sobre este tema, a la vez invitarle a que sea parte de esta investigación, luego de esto, Usted puede voluntariamente aceptar o no, participar. Ante cualquier duda o de algunas palabras no comprendidas por favor puede con absoluta confianza preguntarnos.

Propósito

El propósito es visualizar en el Hospital de Tulcán, una patología importante en el contexto individual y familiar que no se encuentra registrada en los archivos estadísticos con esto se lograría ver una realidad en la cual se puede intervenir con la elaboración de un protocolo de actuación ante la depresión postparto para prevenirla, mejorar su calidad de vida y estancia hospitalaria.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá una encuesta estructurada, la aplicación de instrumentos como el familiograma estructural y funcional, la prueba de funcionamiento familiar (FFSIL), por último la escala de Edimburgo, herramientas importantes que contribuirán con la información para el desarrollo de esta investigación

Selección de participantes

La selección a participar de esta investigación es a mujeres que permanezcan con recién nacidos hospitalizados en el servicio de neonatología por más de diez días

Participación Voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Sin que esto sea un factor que perjudique continuar con los servicios que brinda esta casa de salud, usted puede renunciar y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Descripción del Proceso

Durante la investigación se realizará la aplicación de cuatro instrumentos de investigación en una sola visita, los mismos que nos permitirán obtener la información necesaria:

1. Encuesta estructurada que nos permite obtener información sobre aspectos sociodemográficos.
2. Familiograma estructural y funcional para determinar estructura y tipología familiar
3. Escala de funcionalidad Familiar con ella identificamos la dinámica familiar
4. Escala de Depresión de Edimburgo para el diagnóstico de Depresión Postparto.

Duración

La investigación durará 3 meses en total distribuidos en la identificación de mujeres con recién nacidos hospitalizados por más de diez días, recolección de información con los instrumentos durante un día y diagnóstico de Depresión Posparto.

Incentivos

No existirá ningún incentivo económico u obsequio por participar en esta investigación.

Confidencialidad

Toda información que usted nos proporcione será totalmente confidencial, los nombres y apellidos de cada participante quedará a custodia del investigador, por un periodo no mayor de 5 años, posteriormente los formularios serán eliminados.

La información obtenida será compartida con el grupo metodológico de investigación de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador asignados para apoyar, dirigir y evaluar este estudio de investigación.

Compartiendo los Resultados

Los resultados que obtengamos al realizar esta investigación, sin revelar la información confidencial, serán publicados y se compartirán con los docentes y compañeros del Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, autoridades del Hospital Luis Gabriel Dávila y para otras personas interesadas, que quieran utilizarla de base para futuras intervenciones o investigaciones.

Derecho a negarse o retirarse

Usted es libre de elegir si quiere o no participar en esta investigación, Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento, mientras recojamos su información. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas en cualquier momento incluso después de haber iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas usted, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: Dra. Jimena Simabaña, número de teléfono: 0993675336, e-mail: mrcelas.78@gmail.com o Dr. Oscar Tatamués , número de teléfono:0994179564, e-mail: oscartv.77@gmail.com

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el comité de evaluación ética institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador , que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en esta investigación que busca saber sobre la Depresión postparto en mujeres con recién nacidos en el área de neonatología por más de diez días. Entendiendo que se me realizarán algunas preguntas y he sido informada sobre la confidencialidad de mi identidad. Sé que no habrá beneficios económicos para mi persona. Se me ha proporcionado los nombres de las investigadoras y sus datos como teléfono y correo electrónico en caso de que tuviera alguna pregunta que hacerles respecto a este estudio y finalmente entiendo que los resultados de esta investigación serán publicados con el objetivo de que se conozca nuestra realidad y que sirva para nuevas investigaciones o intervenciones.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento mientras recogen mi información.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento que debe firmar el participante y él ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento que debe firmar el participante y él ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado ____ (iniciales del investigador/asistente).